



ENDOCARDITIS: UNA PATOLOGÍA PARA ACTUAR CON DECISIÓN ENDOCARDITIS: A PATHOLOGY TO ACT WITH DECISION

Oscar Velásquez, MD.⁽¹⁾

La endocarditis se ha convertido en una entidad con grandes retos tanto para el clínico como para el cirujano, por motivos como variación etiológica con resistencias cambiantes, compromiso infeccioso de nuevos dispositivos y tecnologías, además de mayores comorbilidades que demandan pericia. Su incidencia es de 3 a 9 casos por cada 100.000 personas con factores de riesgo como enfermedad valvular, prótesis, enfermedad reumática, diabetes, inmunosupresión, uso de drogas intravenosas, hemodiálisis, edad (>65 años), entre otros; la ausencia de enfermedad valvular conocida se presenta en el 50% de los casos (1).

El 80% de los casos de endocarditis son producidos por estreptococo y estafilococo, pero este último es ahora en muchos centros el organismo causal más frecuente (1, 2), de acuerdo con lo que reportan Eusse y colaboradores.

De otra parte, las complicaciones cerebrales (8%-15% de los pacientes) (3), son las manifestaciones extracardíacas más comunes y tienen repercusión en el pronóstico (16,7% en el reporte). Hasta el 50% de los pacientes con accidente cerebrovascular embólico pueden sufrir transformación hemorrágica. Aunque algunos grupos describen buenos resultados con cirugía temprana (4), la mortalidad logra un descenso del 20% a menos del 1% luego de cuatro semanas del evento isquémico (5).

Los datos ecocardiográficos reflejan factores de riesgo de embolia. El tamaño de la lesión, su movilidad y las válvulas comprometidas son criterios fundamentales; otros parámetros como la disfunción ventricular y los cambios en la evolución de la lesión (6), también deben ser descritos para su análisis y posible influencia en el desenlace final, lo cual no está reportado en el artículo.

Así mismo, es importante especificar las causas de mortalidad y asociarlas con los factores de riesgo ya descritos; ésta se atribuye hasta en 40% al estafilococo. El porcentaje en el reporte es bajo en comparación con la literatura mundial (7, 8) lo cual pudiera deberse a varios factores, incluso la intervención temprana, y sería importante discriminarla por germen, compromiso valvular y comorbilidades.

Las guías europeas de endocarditis (6) indican de nuevo el momento de intervención quirúrgica así:

- Cirugía emergente (realizada en las primeras 24 horas) en endocarditis aórtica y mitral con insuficiencia severa u obstrucción valvular que causa edema pulmonar o shock cardiogénico severo o fístula (nivel de evidencia B, recomendación clase I).
- Cirugía urgente en compromiso valvular descrito, con falla cardíaca persistente o pobre tolerancia hemodinámica, infección no controlada, absceso y/o vegetaciones mayores a 10 mm con uno o más episodios embólicos (nivel de evidencia B, recomendación clase I).

Por lo tanto, es importante determinar el tiempo entre el diagnóstico y la cirugía en el trabajo. Los abscesos o fístulas también indican pobre pronóstico y se benefician de una intervención rápida, pero en el estudio analizado no hay reportes de esta complicación.

(1) Hospital Universitario San Vicente Fundación. Medellín, Colombia.

Correspondencia: Dr. Oscar Velásquez, oscarvelasquezu@yahoo.com

Recibido: 07/10/2013. Aceptado: 23/10/2013.

El impacto en la mortalidad hospitalaria y en el seguimiento debido a falla cardíaca y embolización, disminuye significativamente luego de una intervención temprana como lo sugiere el artículo de Eusse; sin embargo, el diseño para determinar dicha intervención como causa de la baja mortalidad, requiere un grupo comparativo y establecer con claridad el objetivo primario, teniendo en cuenta las causas de la misma.

De igual forma, se han descrito parámetros específicos que demuestran cambiar la mortalidad en intervención temprana (3, 5-7). Las grandes vegetaciones, la falla cardíaca y los pacientes jóvenes con infección por *Staphylococcus aureus*, son el subgrupo que se beneficia en mayor medida. En el estudio de Lalani y colaboradores se describe una reducción de la mortalidad (12,1 vs. 20,7%), en el subgrupo de complicaciones peri-valvulares, embolización sistémica, endocarditis nativa por *Staphylococcus aureus* y lesión cerebral (9). Por tanto, si bien no toda la población evidencia un beneficio absoluto en intervención temprana o urgente, esta es una estrategia adecuada.

Uno de los posibles efectos adversos de la intervención temprana es la dificultad quirúrgica y la recaída o disfunción protésica tardía (8%) (10), que pudiera servir para plantear un nuevo estudio mediante el seguimiento de los pacientes a largo plazo.

En nuestra experiencia la intervención quirúrgica temprana en endocarditis es un acierto por la severidad de complicaciones observadas con el tratamiento expectante, incluso la muerte. La decisión conlleva riesgos como accidente cerebrovascular por transformación hemorrágica, falla cardíaca y respuesta inflamatoria generalizada, además de una complejidad quirúrgica elevada por friabilidad tisular, pero que es superada por una disminución en la mortalidad.

CONFLICTOS DE INTERESES: el autor manifiesta no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Hoen B, Duval X. Infective endocarditis. *N Engl J Med*. 2013; 368:1425-33.
2. Federspiel JJ, Stearns SC, Peppercorn AF, Chu VH, Fowler VG Jr. Increasing US rates of endocarditis with *Staphylococcus aureus*: 1999-2008. *Arch Intern Med*. 2012; 172: 363-5.
3. Howell N, Wilson I. Timing for surgery in patients with infective endocarditis and cerebrovascular complications - waiting may be best but results of early surgery are acceptable and improvements in neurology are common. *Eur J Cardio-Thoracic Surg*. 2012; 41: 476-477.
4. Gammie JS, O'Brien SM, Griffith BP, Peterson ED. Surgical treatment of mitral valve endocarditis in North America. *Ann Thorac Surg*. 2005; 80: 2199-204.
5. Angstwurm K, Borges A, Halle E, Schielke E, Einhaupl K, Weber J. Timing the valve replacement in infective endocarditis involving the brain. *J Neurol*. 2004; 251: 1220-6.
6. Thuny F, Di Salvo G, Belliard O, et al. Risk of embolism and death in infective endocarditis: prognostic value of echocardiography: a prospective multicenter study. *Circulation* 2005; 112: 69-75. [Erratum, *Circulation* 2005; 112 (9): e125.]
7. Bannay A, Hoen B, Duval X, Obadia J, Selton-Suty C, Le Moing V, et al, for the AEPEI Study Group. The impact of valve surgery on short- and longterm mortality in left-sided infective endocarditis: do differences in methodological approaches explain previous conflicting results? *Eur Heart J*. 2011; 32: 2003-2015.
8. Habib G, Hoen B, Tornos P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2009; 30: 2369-413.
9. Lalani T, Cabell CH, Benjamin DK, Lasca O, Naber C, Fowler VG et al. Analysis of the impact of early surgery on in-hospital mortality of native valve endocarditis: use of propensity score and instrumental variable methods to adjust for treatment selection bias. *Circulation*. 2010; 121: 105-13.
10. Thuny F, Beurthelet S, Mancini J, Gariboldi V, Casalta J, Ribéri A, et al. The timing of surgery influences mortality and morbidity in adults with severe complicated infective endocarditis: a propensity analysis. *Eur Heart J*. 2011; 32, 2027-2033.